



CONTRACT

de furnizare de servicii medicale spitalicești 115 / 28-07-2021

I. Partile contractante

Casa de asigurări de Sănătate CAS Ilfov, cu sediul în municipiul/orașul București str. Av. Popișteanu nr. 46, județul/sectorul BUCUREȘTI, telefon 021.22.41.982/fax 021.22.43.867, reprezentată prin Director general AURELIA ISĂRESCU,

și

Unitatea sanitară cu paturi SPITALUL DE PSIHIATRIE EFTIMIE DIAMANDESCU
BĂLAȚEANCA, cu sediul în com. BĂLAȚEANCA, str. Gării, nr. 56, ILFOV, telefon 0723.008.107, e-mail sptalbalaceanca@gmail.com, având CUI 4364519, reprezentată legal prin DR. CĂTĂLIN OVIDIU CRISTEA.

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Sănătate pentru anul 2021 a HG nr. 696/2021.

III. Servicii medicale spitalicești

ART. 2

(1) Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicul din unitățile de asistență medico-socială, medicul din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casa de asigurări de sănătate, după caz, de medicul care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrice, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, precum și de medicul de medicină muncii.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrice, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicul de medicină muncii.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrice, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicul de medicină muncii.

Beneficiază de internare fără bilet de internare situațiile prevăzute la art. 89 alin. (2) din anexa 2 la internare eliberate de către medicul care își desfășoară activitatea în aceste unități.

(2) Serviciile medicale spitalicești sunt preventive, curative, de recuperare și paliative și cuprind:

- a) consultații;
- b) investigații;
- c) stabilirea diagnosticului;
- d) tratamente medicale și/sau chirurgicale;
- e) îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale;
- f) cazare și masă, după caz, în funcție de tipul de spitalizare.

IV. Durata contractului

ART. 3

Prezentul contract este valabil de la data de 01-08-2021 până la data de 31-12-2021.

ART. 4

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a HG nr. 696/2021.

V. Obligațiile părților

ART. 5

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condițiile de eligibilitate și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
- b) să deconteze furnizorii de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravalorarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021, în limita valorii de contract;
- c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;
- d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoloalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;
- e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 196 alin. (1) din anexa 2 la HG nr. 696/2021, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin poșta electronică la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

f) să înmăneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/tapoartele de control/notete de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situația în care asigurările nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile pentru a beneficia de aceste servicii la data acordării și furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma Informatică din

asigurările de sănătate;

h) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anuntor serviciu, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizării trimestriale motivarea sumelor decontate, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data comunicării sumelor; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nefundat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asigurătorilor în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesți, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii următoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesți; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitalicesți; în cazul serviciilor medicale spitalicesți acordate în baza biletelor de internare, acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să monitorizeze activitatea desfășurată de spitale în baza contractului încheiat, astfel încât decontarea cazurilor externe și raportate să se încadreze în sumele contractate, în funcție de realizarea indicatorilor negociați conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021;

m) să verifice prin acțiuni de control respectarea criteriilor de internare pentru cazurile internate în regim de spitalizare continuă, precum și respectarea protocolor de practică medicală;

n) să monitorizeze internările de urgență, în funcție de tipul de internare, așa cum este definit prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare, cu evidențierea cazurilor care au fost înregistrate la nivelul structurilor de primiri urgente din cadrul spitalului;

o) să monitorizeze lunar/trimestrial internările prin spitalizare continuă și prin spitalizare de zi în vederea reducerii internărilor nejustificate, conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021;

p) să verifice respectarea de către furnizori a metodologiei proprii de rambursare a cheltuielilor suportate de asigurați pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă și de zi;

q) să publice pe pagina web proprie sumele prevăzute la art. 91 alin. (2) din anexa 2 la HG nr. 696/2021 și să le contracteze cu spitalele în conformitate cu prevederile aceluiași articol;

r) să pună la dispoziția furnizorilor cu care se află în relații contractuale formatul în care aceștia afișează pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

ART. 6

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale spitalicesți au următoarele obligații:

a) să informeze asigurătorii cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web - prin afișare într-un loc vizibil;

2. pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare pus la dispoziția furnizorilor de servicii de sănătate; informații stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și 3. contribuția personală pe care o pot încasa spitalele private pentru serviciile medicale spitalicesți în

regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuzi finanțate pe baza sistemului DRG; informațiile privind tarifele practice de furnizorii privați, suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuzi finanțate pe baza sistemului DRG și diferența dintre acestea sunt afișate de furnizorul privat pe pagina proprie de internet și la sediul într-un loc vizibil, conform modelului prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021; b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic casele de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

c) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificare în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătura electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurare sau de valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștință/adeverință înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

d) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului, să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de bază fără nicio discriminare;

e) să respecte programul de lucru și să îl comunice casele de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricărui dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

g) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activității desfășurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

h) să verifice calitatea de asigurat în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

i) să respecte protocolul terapeutic privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare; în situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în HG nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor;

j) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare bilunară/lunară/trimestrială, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în

timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificat în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinște în a treia zi lucrătoare de la această dată;

(k) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

(l) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

(m) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unitățile sanitare ambulatorii sau cu paturi de recuperare, medicină fizică și de reabilitare și prescripția medicală electronică în ziua externării pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

(n) să funcționeze cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului și să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

(o) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

(p) să informeze medicul de familie al asiguratului ori, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmises direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate și cu privire la alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea în ziua externării a recomandării de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, respectiv prin eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; să elibereze asiguratului cărnia i-au fost acordate servicii pentru care s-a încasat contribuție personală decontul la externare detaliat referitor la serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuzi finanțate pe baza sistemului DRG de către spitalele private, pentru rezolvarea cazului, precum și toate celelalte servicii medicale și/sau nemedicale prestate asiguratului în perioada cuprinsă între comunicarea devizului estimativ și externarea acestuia, însoțit de documentele fiscale, detaliate conform decontului;

(q) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz. Managementul listelor de prioritate pentru serviciile medicale spitalicești se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

(r) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare;

(s) să verifice biletele de internare în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

(ș) să raporteze corect și complet consumul de medicamente conform prevederilor legale în vigoare și să publice pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum suportată din bugetul Fondului și al Ministerului Sănătății; spitalul care nu are pagina web proprie informează despre acest lucru casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, care va posta pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum;

t) să monitorizeze gradul de satisfacție al asiguraților prin realizarea de sondaje de opinie în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale furnizate asigurătorilor conform unui chestionar standard, prevăzut în anexa nr. 48 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021;

f) să respecte pe perioada derulării contractului protocolarele de practică medicală elaborate și aprobate conform prevederilor legale;

u) să așeze lunar pe pagina web creată în acest scop de Ministerul Sănătății, până la data de 20 a lunii curente pentru luna anterioară, cu avizul ordonatorului principal de credite, conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al ministrului finanțelor publice, situația privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului public și situația arărilor înregistrate;

v) să deconteze, la termenele prevăzute în contractele încheiate cu terții, contravaloarea medicamentelor pentru nevoi speciale;

w) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați, care nu se află în stare critică, cu autospeciile pentru transportul pacienților din parcul auto propriu; dacă unitatea spitalicească nu are în dotare astfel de autospeciale sau dacă este depășită capacitatea de transport a acestora, se poate asigura transportul acestor pacienți pe baza unui contract încheiat cu unități specializate; pentru spitalele publice, încheierea acestor contracte se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare la achizițiile publice;

x) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați care reprezintă urgențe sau se află în stare critică numai cu autospeciale sau mijloace de transport aerian ale sistemului public de urgență prespitalicească;

y) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescripitori se face prin semnătura electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

z) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

aa) să asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de internare/bilet de trimitere pentru specialități clinice, către unitățile sanitare de recuperare, medicină fizică și de reabilitare cu patni sau ambulatorii, - conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu în concordanță cu diagnosticul și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

2. prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pe care o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor stupefianțe și preparatelor stupefianțe și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefianțe și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asigurătorul despre tipurile și efectele terapeuice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

3. formularului de consimțământ al pacientului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la contribuția personală pe care acesta o va achita în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări unui furnizor privat pentru a acoperi diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat și suma rezultată din înmuțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului, calculată la momentul semnării formularului. Formularul va include toate serviciile suplimentare sau la cerere și tarifele acestora care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuity finanțate pe baza sistemului DRG, precum și toate celelalte costuri suplimentare. Sumele cuprinse în deviz pot fi modificate numai cu acordul pacientului sau al reprezentantului legal al acestuia;

ab) să respecte metodologia aprobată prin decizia managerului spitalului privind rambursarea cheltuielilor suportate de asigurați pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă și de zi; ac) să elibereze, pentru asigurații internați cu boli cronice confirmate, care sunt în tratament cu medicamente pentru boala/bolile cronice, altele decât medicamentele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o transmit spitalul la contractare și/sau cu medicamente și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, documentul al cărui model este prevăzut în anexa nr. 22 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021; documentul stă la baza eliberării prescripției medicale în regim ambulatoriu de către medicul de familie și medicul de specialitate din ambulatoriu în perioada în care asiguratul este internat în spital;

ad) să transmită în platforma informatică din asigurații de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurații de sănătate medicale din pachetul de bază și condițiile lit. c) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ae) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru cazurile pentru care se percep contribuție personală și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru cazurile pentru care se percep contribuție personală și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

af) să elibereze, dacă situația o impune, la externarea asiguratului, prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, dacă se recomandă un tratament în ambulatoriu, conform scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital, pentru o perioadă de maximum 90/91/92 de zile; nerespectarea acestei obligații conduce la reținerea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligației;

ag) să respecte, începând cu 1 ianuarie 2022, avertizările Sistemului Informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocolului terapeutic aprobat prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, sau că medicamentul este produs biologic, cu excepția situațiilor în care pacientului spitalizat i s-au prescrie la externare medicamentele în baza consultărilor interdisciplinare evidențiate în documentele medicale primare;

ah) să elibereze devizul estimativ asiguratului, în cazul spitalelor private, pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă, în secțiile de acuity finanțate pe baza sistemului DRG, conform modelului prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021.

Devizul estimativ este valabil 5 zile lucrătoare de la comunicarea acestuia către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

În situațiile identificate în strânsă legătură cu evoluția clinică a cazului respectiv, furnizorul privat de servicii medicale va actualiza devizul estimativ numai cu consumăntul exprimat în scris de către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

VI. Modalități de plată

ART. 7

(1) Valoarea totală contractată se constituie din următoarele sume, după caz:

- a) Suma aferență serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat - DRG pentru afecțiunile acute, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a1) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.

(d) Suma pentru serviciile medicale spitalicești acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 23 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021, precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuzi - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății de Ministerul Sănătății, după caz - din spitalele de boli

Numărul de paturi contractabile pentru anul 2021 x indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național pentru secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative x tariful pe zi de spitalizare negociat. Tariful pe zi de spitalizare negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021 și este de 0,00 lei.

(c) Suma aferență serviciilor medicale paliative în regim de spitalizare continuă se stabilește astfel:

Lista cu defalcarea pe luni a sumei de mai sus se regăsește în Anexa 4.

Pentru secțiile/spitalele cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmării penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematurii din maternitățile de gradul II și III, psihiatrie cronici și pneumofiziologie adulți și copii se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2019.

Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spital pentru secțiile și compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente, și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021.

*) Durata de spitalizare este prezentată în anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021.

Secția / Compartimentul COD	Nr. cazuri externe	Durată de spitalizare *) sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2019	Tarif pe zi de spitalizare / secție / compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Psihiatrie cronici	133	49,86	145,96	967,916,24
Psihiatrie cronici (lunga durată)	8	351,88	126,52	356.158,88
TOTAL				1.324.075,12

Lista cu defalcarea pe luni a sumei de mai sus se regăsește în Anexa 3.

(b) Suma pentru spitalele de boli cronice, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici - după caz - din alte spitale, care se stabilește astfel:

Secția	Nr. cazuri externe	Indice case-mix pentru anul 2021	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2021	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Psihiatrie acuti	350	1,4882	1,430,00	744.844,10
TOTAL				744.844,10

1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021:

cronice, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a.2) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021:

Secția/Compartimentul	Nr. cazuri externe	Tarif mediu pe caz rezolvat	Suma
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
.....
TOTAL			0,00

e) Suma aferență serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, care se stabilește astfel:

Secția	Cazuri spitalizare de zi	Numărul de servicii medicale / cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat / serviciu medical*)	Suma corespunzătoare serviciilor medicale / cazurilor contractate
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
Stationar	15	15	331,17	4.967,55
X		56	57,00	3.192,00
X		265	200,00	53.000,00
TOTAL				61.159,55

*) Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical este prevăzut în anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021.

Lista cu defalcare pe luni a sumei de mai sus se regăsește în Anexa 5.

(2) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcare cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secție și pe tip de boală: urgență, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitalicesc efectuate prin spitalizare de zi, spitalele prezintă distinct numărul cazurilor estimate a se efectua în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății, pentru cazurile neinternate, precum și numărul cazurilor estimate a se efectua prin spitalizare de zi în cadrul centrelor multifuncționale fără personalitate juridică din structura proprie.

(3) Suma stabilită pentru serviciile spitalicesc pe anul 2021 este de 2.130.078,77 lei

(4) Suma aferență serviciilor medicale spitalicesc contractate stabilită pentru anul 2021 se defalchează lunar și trimestrial, distinct pentru spitalizare continuă acută, spitalizare de zi, spitalizare continuă cronică, servicii paliative, după cum urmează:

Suma totală aferență anului 2021:	2.130.078,77 *) suma prevăzută la alin. (3)				
0	1=2+3+4+5	2	3	4	5
Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Acuți	*) suma prevăzută la alin. (1) lit. a) sau lit. d)	0,00	0,00	0,00	0,00
Cronici	*) suma prevăzută la alin. (1) lit. b)	0,00	0,00	0,00	0,00
Îngrijiri Paliative	*) suma prevăzută la alin. (1) lit. c)	0,00	0,00	0,00	0,00
Spitalizare de zi	*) suma prevăzută la alin. (1) lit. e)	0,00	0,00	0,00	0,00
Trimestrul I 2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ianuarie	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la art. 6 lit. d), f), i), k) - m), n), o) - s), t, f, aa), ab), ac) și ah), atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 0,5% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/ serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor;

ART. 8

(8) Contractarea și decontarea serviciilor medicale spitalicești se face în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(7) Trimestral, până la data de 20 a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform prezentului contract de la data de 1 iulie 2021, respectiv de la data de 1 a lunii următoare celei în care s-a încheiat starea de alertă, potrivit legii, după caz, până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform factorilor însoțiți de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

(6) Lunar, până la data de 7 a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asigurătorilor în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de 7 a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale realizate în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative transmise în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanților legali ai furnizorilor.

(5) Decontarea serviciilor medicale spitalicești contractate se face conform prevederilor art. 9 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021 și în condițiile prevăzute la același articol.

(6) Lunar, până la data de 7 a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asigurătorilor în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de 7, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifice realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de 7, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifice realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de 7, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifice realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de 7, cu încadrarea în sumele contractate.

(5) Decontarea serviciilor medicale spitalicești contractate se face conform prevederilor art. 9 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021.

Suma corespunzătoare procentului de 1% necontractată inițial de către casele de asigurări de sănătate, se repartizează trimestrial spitalelor care îndeplinesc criteriile de la art. 6 alin. (2) lit. b) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021 și în condițiile prevăzute la același articol.

Februarie	0,00	0,00	0,00	0,00
Martie	0,00	0,00	0,00	0,00
Trimestrul II 2021	0,00	0,00	0,00	0,00
Aprilie	0,00	0,00	0,00	0,00
Mai	0,00	0,00	0,00	0,00
Iunie	0,00	0,00	0,00	0,00
Trimestrul III 2021	1.504.161,77	549.056,50	913.113,57	41.991,70
Iulie	0,00	0,00	0,00	0,00
August	755.719,67	274.528,25	460.195,57	20.995,85
Septembrie	748.442,10	274.528,25	452.918,00	20.995,85
Trimestrul IV 2021	625.917,00	195.787,60	410.961,55	19.167,85
Octombrie	516.889,54	191.531,34	307.366,69	17.991,51
Noiembrie	54.513,73	2.128,13	51.797,43	588,17
Decembrie	54.513,73	2.128,13	51.797,43	588,17

- sanătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica și după caz, va aplica sancțiunile casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor înformează casa de asigurări de sănătate de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, cu altă casa de asigurări de sănătate off-line. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescripție cu componenta eliberare pentru toate de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor arlat în relație Pentru punerea în aplicare a sancțiunii, nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 lit. z) se constată nu a fost introdusă în sistemul informatic.
- b) începând cu a doua constatare, reținerea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție off-line care a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situații;
- (4) Pentru nerespectarea obligației prevăzută la art. 6 lit. z), constatăta pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:
- înregistrat nerespectarea obligațiilor.
- în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a cronică/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate medicale spitalicești pentru acțiunile acute/ serviciile medicale spitalicești pentru acțiunile medicale spitalicești pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile contractata pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești după aceea, se diminuează cu 3% suma a) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 3% suma serviciilor medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 1% suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru acțiunile acute/serviciile medicale spitalicești pentru acțiunile cronică/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de serviciilor medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor;
- a) la prima constatare, avertisment scris;
- y), ae) și ag) se aplică următoarele sancțiuni:
- (3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 lit. raportare incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente. medicamente intrată în gestiunea cantitativ valorică, cea consumată și cea raportată în SUI se consideră justificative pentru raportarea efectuată. În situația în care se constată neconcordanțe între cantitatea de FNUASS sau bugetul Ministerului Sănătății precum și situațiile în care furnizorul nu deține documente de punere pe piață, raportarea unui medicament din donații, sponsorizări sau alte surse de finanțare decât medicamentele eliberate și raportate se înțelege: raportarea unui medicament cu un alt defăințat de autorizatie nivelului raportării trimestrale. Prin raportare incorectă față de documentele de intrare și ieșire pentru trimestrial se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respectiv(e), la nivelul raportării trimestrale. Pentru raportarea de medicamente expirate în trimestrul respectiv, c) pentru raportarea incorectă/incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau suplimentar față de procentul prevăzut la lit. a);
- neraportată în cadrul trimestrului respectiv, a 2% la valoarea totală de contract aferentă lunii respective
- b) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, a 1% la valoarea totală de contract aferentă lunii respective;
- a) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea, pentru fiecare lună aplicarea unor sancțiuni, după cum urmează:
- (2) Nerespectarea de către unitățile sanitare cu paturi a obligației prevăzute la art. 6 lit. ș) atrage spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor.
- medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești pentru acțiunile cronică/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești pentru acțiunile acute/ serviciile medicale spitalicești pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor;
- b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru acțiunile acute/ serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a

prevăzute în contract.

(5) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. a) pct. 1, pct. 2 și pct. 3, lit. e), u), v), w) și x), atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care sau înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua și la următoarele constatări, se diminuează cu 0,1% valoarea totală de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (5) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării să conteste soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(7) Recuperarea sumei potrivit alin. (1) - (5) se face prin plata directă sau prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(8) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, respectiv autoritățile publice locale, în funcție de subordonare, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) și (2).

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (5) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

ART. 9

Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr. RO27TREZZ4F665050850101X deschis la TREZORERIA.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10

Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 12

Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 13

(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o

invoca. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen. (3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

ART. 14

Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

ART. 15

În cazul reorganizării unității sanitare cu paturi, prin desființarea acesteia și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, prezentul contract arhat în derulare se preia de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

X. Încetarea și suspendarea contractului

ART. 16

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate sau revocarea de către autoritățile competente a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/inscriere în procesul de acreditare cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/inscriere în procesul de acreditare a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/inscriere în procesul de acreditare;

c) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR nu este operativ pe perioada cât medicul figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează prin suspendarea din contract a medicului arhat în această situație.

(2) În situațiile prevăzute la alin. (1) lit. b) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situația prevăzută la alin. (1) lit. a), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale pentru secția/secțiile care nu îndeplinesc condițiile de contractare.

În situația în care toate secțiile spitalului nu îndeplinesc condițiile de contractare, suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității, iar valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

ART. 17

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi

ART. 22

Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. art. 7 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de medicamente în spital, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale, precum și prevederile adționale, după caz, în limita fondurilor aprobate cu destinația de servicii medicale spitalicești, inclusiv (2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi mășorată prin acte prezentului contract, clauzele contractare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării ART. 21

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract. Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărui părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin 15 zile înainte datei de la care se dorește modificarea.

ART. 20

XII. Modificarea contractului

În care modificarea produce efecte. Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celelalte părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua (2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce casei de asigurări de sănătate și la sediul unității sanitare cu paturi declarat în contract.

(1) Corespundența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespundența electronică sau la sediul părilor - sediul

ART. 19

XI. Corespundența

Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpt. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înainte datei de la care se dorește încetarea contractului. interesate.

Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) și la art. 17 alin. (1) lit. a) subpt. a2) și a3) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărui persoane

ART. 18

pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului. imputabile persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori

(3) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se modifică, din motive contractului.

respectiv până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării asigurării de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip a persoanei/persoanelor

imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/inregistrate în contractul încheiat cu casa

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a termenului legal.

medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare c) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii

b) acordul de voință al părilor;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

furnizorului de servicii medicale, după caz; a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a

de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 23

1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitalicești în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, 28-07-2021, în două exemplare a câte 24 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
SPITALUL DE PSIHIATRIE EFTIMIE
DIAMANDESCU BĂLĂCEANCA**


**Director General,
AURELIA ISĂRESCU**




**Director executiv al Direcției economice,
VIORICA UDRESCU**

**Director executiv al Direcției relații
contractuale,
DANIELA-GEORGIANA GHEORGHE**


**Vizat
Juridic, contencios**

**Intocmit,
C.S.Oana Bongioianu**


DATA 28.07.2021
VIZAT CENTRUL DE CONTROL FINANCIAR
PAGEANTIV PROPRIU


**Manager,
DR. CRISTEA OVIDIU-CĂTĂLIN**



ANEXA 2
la
CONTRACTUL
de furnizare de servicii medicale spitalicești
115 / 28-07-2021

Lista medicilor care furnizează servicii medicale spitalicești:

Nr. crt.	Nume	Tip subcontactor	Specialitate	Grad profesional	Secțiune	Parafă	Autorizație de liberă practică / Certificat de participare la Colegiul Medicilor		Nr. Valabilitate	Societate
1	LOVIN FLORIN	Medic	PSIHIATRIE	PRIMAR		D64700	/	- / 10-06-2018 - 08-06-2022	91917	G000612467
2	STOLERIU IOANA	Medic	PSIHIATRIE	SPECIALIST		971998	/	01-01-2015 - 11-12-2019 - 31-12-2021	83824	MM001037773
3	FRANGA CRISTINA	Medic	PSIHIATRIE	PRIMAR		C83700	/	- / 09-05-2018 - 27-12-2021	42618	G000563285
4	NANIAN IOANA-ECATERINA	Medic	PSIHIATRIE	PRIMAR		911191	/	- / 01-01-2019 - 31-12-2021	84255	RCPM10121563289
5	GHEBAUR LAURA MIRBLA	Medic	PSIHIATRIE	PRIMAR		C51892	/	- / 14-11-2017 - 13-11-2021	14295	RC0773365
6	DUMITRAȘ LAURENȚIU	Medic	PSIHIATRIE	SPECIALIST		840931	/	- / 24-02-2018 - 10-02-2022	27509	MD2000676062
7	TINCU IULIA	Medic	PSIHIATRIE	PRIMAR		D30243	/	- / 06-11-2018 - 12-02-2022	58119	3000005210348
8	VARTIC DAN-ANDREI	Medic	PSIHIATRIE	SPECIALIST		D20973	/	- / 06-01-2019 - 05-01-2022	65494	MD2000689234
9	ZAMFIR GEORGETA	Medic	PSIHIATRIE	PRIMAR		C65390	/	- / 14-11-2017 - 13-11-2021	11069	RC0773363
10	DUMITRESCU IOLANDA-MARIA	Medic	PSIHIATRIE	PRIMAR		C54997	/	- / 07-10-2020 - 06-10-2021	35107	G000447507
11	FOTEA ANDREEA-FELICIA	Medic	PSIHIATRIE	SPECIALIST		C57868	/	- / 16-01-2020 - 07-01-2022	85869	3000004835591

Intocmit,
C.S.Oana Bongioianu



ANEXA 3
la
CONTRACTUL
de furnizare de servicii medicale spitalicești
115 / 28-07-2021

Detalierea pe luni a serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat - DRG pentru afecțiunile acute, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a(1) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021:

:

Secția	Nr. cazuri externe	Indice case-mix pentru anul 2021	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2021	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Psihatrie acuti	129	1,4882	1.430,00	274.528,25
TOTAL acuti	129	x	x	274.528,25

Anexa AUGUST 2021

:

Secția	Nr. cazuri externe	Indice case-mix pentru anul 2021	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2021	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Psihatrie acuti	129	1,4882	1.430,00	274.528,25
TOTAL acuti	129	x	x	274.528,25
TOTAL TRIMESTRU III 2021	258	x	x	549.056,50

Anexa SEPTEMBRIE 2021

:

Secția	Nr. cazuri externe	Indice case-mix pentru anul 2021	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2021	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Psihatrie acuti	90	1,4882	1.430,00	191.531,34
TOTAL acuti	90	x	x	191.531,34

Anexa OCTOMBRIE 2021

Anexa NOIEMBRIE 2021



Intocmit,
C.S.Oana Bongioianu

Secția	Nr. cazuri externe	Indice case- mix pentru anul 2021	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2021	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Psihiatrie acuti	1	1,4882	1.430,00	2.128,13
TOTAL	1	x	x	2.128,13
TOTAL TRIMESTRU IV 2021	92	x	x	195.787,60
Valoare contract	350	x	x	744.844,10

Anexa DECEMBRIE 2021

:

Secția	Nr. cazuri externe	Indice case- mix pentru anul 2021	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2021	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Psihiatrie acuti	1	1,4882	1.430,00	2.128,13
TOTAL	1	x	x	2.128,13

ANEXA 4
la
CONTRACTUL
de furnizare de servicii medicale spitalicești
115 / 28-07-2021

Detalierea pe luni a serviciilor medicale spitalicești acordate în spitalele de boli cronice, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății după caz - din alte spitale:

Anexa AUGUST 2021

Secția / Compartimentul COD	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2019	Tarif pe zi de spitalizare / secție / compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Psihatrie cronici	51	49,86	145,96	371.155,85
(lunga durată)	2	351,88	126,52	89.039,72
TOTAL	53	x	x	460.195,57

Anexa SEPTEMBRIE 2021

Secția / Compartimentul COD	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2019	Tarif pe zi de spitalizare / secție / compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Psihatrie cronici	50	49,86	145,96	363.878,28
(lunga durată)	2	351,88	126,52	89.039,72
TOTAL	52	x	x	452.918,00
TRIMESTRU III 2021	105	x	x	913.113,57

Anexa OCTOMBRIE 2021

Secția / Compartimentul COD	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2019	Tarif pe zi de spitalizare / secție / compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Psihatrie cronici	30	49,86	145,96	218.326,97



Intocmit,
C.S. Oana Bongioianu

Secția / Compartimentul COD	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2019	Tarif pe zi de spitalizare / secție / compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Psihiatrie cronici	1	49,86	145,96	7.277,57
(lunga durată)	1	351,88	126,52	44.519,86
TOTAL	2	x	x	51.797,43
TOTAL TRIMESTRU IV 2021	36	x	x	410.961,55
Valoare contract	141	x	x	1.324.075,12

Anexa DECEMBRIE 2021

:

Secția / Compartimentul COD	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2019	Tarif pe zi de spitalizare / secție / compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Psihiatrie cronici	1	49,86	145,96	7.277,57
(lunga durată)	1	351,88	126,52	44.519,86
TOTAL	2	x	x	51.797,43

Anexa NOIEMBRIE 2021

:

Secția / Compartimentul COD	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2019	Tarif pe zi de spitalizare / secție / compartiment	Suma
Psihiatrie cronici	2	351,88	126,52	89.039,72
(lunga durată)	32	x	x	307.366,69
TOTAL	32	x	x	307.366,69

ANEXA 5
la
CONTRACTUL
de furnizare de servicii medicale spitalicești
115 / 28-07-2021

Detalierea pe luni a serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi:

Luna AUGUST 2021

Secție	Numărul de servicii medicale/cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat / serviciu medical*)	Suma corespunzătoare serviciilor medicale / cazurilor contractate
Stationar	5	331,17	1.655,85
x	20	57,00	1.140,00
x	91	200,00	18.200,00
Total număr cazuri:	5		5
Total număr servicii:			111
Total valoare cazuri:			1.655,85
Total valoare servicii:			19.340,00
Total valoare zi:			20.995,85

Luna SEPTEMBRIE 2021

Secție	Numărul de servicii medicale/cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat / serviciu medical*)	Suma corespunzătoare serviciilor medicale / cazurilor contractate
Stationar	5	331,17	1.655,85
x	20	57,00	1.140,00
x	91	200,00	18.200,00
Total număr cazuri:	5		5
Total număr servicii:			111
Total valoare cazuri:			1.655,85
Total valoare servicii:			19.340,00
Total valoare zi:			20.995,85
TOTAL NUMAR CAZURI TRIMESTRU III 2021:			5
TOTAL NUMAR SERVICII TRIMESTRU III 2021:			111
TOTAL VALOARE CAZURI TRIMESTRU III 2021:			3.311,70
TOTAL VALOARE SERVICII TRIMESTRU III 2021:			38.680,00
TOTAL VALOARE ZI TRIMESTRU III 2021:			41.991,70

Luna OCTOMBRIE 2021

Secție	Numărul de servicii medicale/cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat / serviciu medical*)	Suma corespunzătoare serviciilor medicale / cazurilor contractate
	C1	C2	C3 = C2 x C1

Secție	Numărul de servicii medicale/cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri	C1	C2	C3 = C2 x C1	Suma corespunzătoare serviciilor medicale / cazurilor contractate
Stationar	de zi	1	331,17	331,17	331,17
	x	1	57,00	57,00	57,00
	x	1	200,00	200,00	200,00
Total număr cazuri: Total număr servicii: 1 Total valoare cazuri: 331,17 Total valoare servicii: 331,17 Total valoare zi: 331,17					
<i>Luna DECEMBRIE 2021</i>					
Stationar	de zi	1	331,17	331,17	331,17
	x	1	57,00	57,00	57,00
	x	1	200,00	200,00	200,00
Total număr cazuri: Total număr servicii: 1 Total valoare cazuri: 331,17 Total valoare servicii: 331,17 Total valoare zi: 331,17					
<i>Luna NOIEMBRIE 2021</i>					
Stationar	de zi	3	331,17	331,17	993,51
	x	14	57,00	798,00	798,00
	x	81	200,00	16.200,00	16.200,00
Total număr cazuri: Total număr servicii: 3 Total valoare cazuri: 993,51 Total valoare servicii: 993,51 Total valoare zi: 16.998,00 Total valoare zi: 17.991,51					
Stationar	de zi	1	331,17	331,17	331,17
	x	1	57,00	57,00	57,00
	x	1	200,00	200,00	200,00
Total număr cazuri: Total număr servicii: 1 Total valoare cazuri: 331,17 Total valoare servicii: 331,17 Total valoare zi: 331,17					
Stationar	de zi	1	331,17	331,17	331,17
	x	1	57,00	57,00	57,00
	x	1	200,00	200,00	200,00
Total număr cazuri: Total număr servicii: 1 Total valoare cazuri: 331,17 Total valoare servicii: 331,17 Total valoare zi: 331,17					
Stationar	de zi	1	331,17	331,17	331,17
	x	1	57,00	57,00	57,00
	x	1	200,00	200,00	200,00
Total număr cazuri: Total număr servicii: 1 Total valoare cazuri: 331,17 Total valoare servicii: 331,17 Total valoare zi: 331,17					



Intocmit,
C.S.Oana Bongioianu

61.159,55	Total valoare an:
-----------	-------------------